

Nombre de la persona que recibe la vacuna _____

(Apellido, Nombre, Inicial de en medio)

Edad de la persona que recibe la vacuna: _____

Parte II. Información Médica: Marque (X) "Sí" o "No" para las preguntas 1-14

¿Está /la persona que recibe la vacuna hoy:

1. Enferma/con calentura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Tiene una alergia grave a comidas, medicinas, pomadas, látex, huevos, gelatina, Thimerosal (productos que contienen mercurio) o cualquier otra sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Tiene una historia de ataques, convulsiones, epilepsia, Guillain-Barre o problemas del sistema nervioso o cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Tiene una historia de problemas graves o reacciones (incluyendo síntomas neurológicos) con vacunas previas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Tiene un desorden de hemorragias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Tiene asma, o tuvo uno o más episodios en que le roncaba el pecho en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Ha tenido problemas de salud de largo plazo tales como del corazón, los pulmones, los riñones o enfermedad del hígado, enfermedades del metabolismo tales como diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Tiene un sistema inmune débil (incluyendo VIH, SIDA, cáncer, enfermedad del riñón, leucemia o medicinas tales como esteroides)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Tiene contacto cercano con cualquier persona que tiene un sistema inmune severamente debilitado que requiere un ambiente protegido (por ejemplo, cualquiera con un trasplante de médula de hueso reciente)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Un niño o adolescente que ha estado en terapia de aspirina por largo tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. Ha recibido cualquier otra vacuna en los últimos 28 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. En la actualidad tomando medicinas antivirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. Tiene un desorden de sangre grave (tal como célula en forma de hoz)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SOLO PARA USO OFICIAL

Educación: Comentarios de información médica

Parte IV. Consentimiento

Me han dado una copia sobre la INFLUENZA y la VACUNA DE LA INFLUENZA y la he leído. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna. Me han informado sobre las razones por las cuales una persona no debe recibir esta vacuna, y yo (o la persona nombrada arriba, por quien estoy autorizado/a a hacer este pedido) no estoy padeciendo de ninguna condición que pudiera ser una razón para no recibir la vacuna. De acuerdo con el Estatuto 252.04 del Estado de Wisconsin y el Capítulo HFS 144, yo entiendo que toda la información relacionada con las vacunas podría ser compartida con las Escuelas Públicas de Milwaukee y el Estado de Wisconsin. Yo doy mi consentimiento para registrar los récords de vacunas del cliente en el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin. Estoy de acuerdo en permitir que la información de vacunas sea dada a nuestro médico de familia, a cualquier servicio de referencia médico y/o a compañías de seguros. Mi firma abajo también le permite al Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee (MHD) a enviar la cuenta a Medicaid (Title 19) o Medicare por todos los servicios de inmunización aplicables. No se me pedirá que pague por ningún servicio provisto por el MHD relacionado con esta vacuna, y me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del MHD.

Firma del Paciente/Guardián Legal _____

Fecha _____